

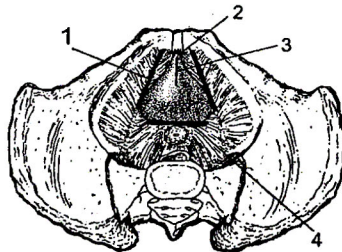
QADINLARDA STRESS İNKONTİSENSİYASI İLƏ MÜŞAİYYƏT OLUNAN SİSTO-URETROSELENİN OPERATİV KORREKSİYA ÜSULLARI

Sistosele, yaxud sidikliyin sallanması, qadınlarda çanaq orqanları prolapsının tez-tez təsadüf edilən təzahürlərindən olub, çox vaxt aşağı sidik yollarının funksional pozğunluqları ilə müşaiyyət olunur (10, 18). Təsadüfi deyildir ki, uşaqlıq yolunun girəcəyində şişəbənzər qabarmanın olmasından şikayətlənən qadınların 45%-də stress inkontinensiyası, 50%-də sensor, 42%-də imperativ sidik saxlanmazlığı qeyd olunur (1,5).

Elmi ədəbiyyatlarda (dövrü nəşrlər, monoqrafiyalar, tibbi lüğətlər) uşaqlıq yolunun sallanması zamanı sistoselenin əmələ gəlməsi və patoloji hal kimi mövcudluğu xatırlanır. Lakin onun mahiyyəti və əmələ gəlmə mexanizmi haqqında çox az hallarda məlumat verilir. Fikrimizə əsaslı mənbələrdən istifadə edərək sistoselenin geniş şərhinə ehtiyac vardır.

Qadınlarda sistoselenin əmələ gəlməsi *çanaq dibinin çatmazlığının əlamətlərindən biridir* (6). W. Hurt (2003) görə çanaq orqanlarının sallanması mexanizmini asan dərk etmək üçün uşaqlıq yolunu epitellə örtülmüş fibroz-əzələli boru kimi təsəvvür etmək lazımdır. Bu borunun ön divarının möhkəmliyi çanaq fassiyasının bir hissəsi olan qasıq-boyun fassiyasının (bağının), arxa divarının möhkəmliyi isə həmin fassiyanın digər törəməsi sayılan *düz bağıracaq-uşaqlıq yolu fassiyası* hesabına təmin edilir. Bütövlükdə uşaqlıq yolunun apikal hissəsi (I səviyyə) vahid kompleks əmələ gətirən kardinal və uşaqlıq-büzdüm bağlarından asılır, orta seqmenti (II səviyyə) çanağın yan divarına bağlanır, distal seqmenti isə (III səviyyə) sidik cinsiyyət diafraqması ilə əlaqələndir (De-Lansey). Uşaqlıq yolunun sallanması onun bu göstərilən anatomik strukturlarla davamlı əlaqələrinin pozulmasının- defektin nəticəsidir. Əgər uşaqlıq yolunun ön divarı sallanırsa (xaricə qabarırsa) *uretrosele*, *sistosele* və *ön enterosele*, arxa divarı qabarırsa *rektosele*, taglarının sallanması nəticəsində isə *apikal* və *arxa enterosele* əmələ gəlir (17, 23).

Beləliklə, uşaqlıq yolunun ön divarının sallanması qasıq -boyun fassiyasında defektin olmasını göstərir. Çox vaxt bu defekt qasıq -boyun fassiyasının periferik hissələrinin çanaq divarı ilə birləşən yerində - çanaq fassiyasının vətər qövsü boyu əmələ gəlir və *yan (lateral)*, yaxud paravaginal defekt adlanır. Az hallarda belə defektlər qasıq-boyun fassiyasının *mərkəzi* və orta hissələrində yaranır. Daha az hallarda qasıq -boyun fassiyasının sidik-cinsiyyət diafraqmasından qopması -*köndələn defekt* müşahidə edilir (şəkil-1). Qalça -qasıq fassiyasının köndələn və mərkəzi defektlər zamanı *sistosele*, distal defekt zamanı *uretrosele*, paravaginal defekt zamanı isə *sistouretosele* əmələ gəlir.



Şəkil 1. Qasıq- boyun fassiyasının defektlərinin yerləşə biləcəyi zonalar

1. Yan və ya paravaqinal defekt; 2. Distal defekt;
3. Mərkəzi defekt; 4. Köndələn defekt.

Sistosele zamanı sidikliyin boynun yerdəyişməsi baş vermədiyindən stress inkontinensiyasına təsadüf edilmir. Əksinə sistosedən fərqli olaraq uretrosele bir qayda olaraq stress inkontinensiyası ilə müşayiət olunur (3). Ümumiyyətlə stress inkontinensiyası ilə operasiya olunan xəstələrin 80%-də paravaqinal, 5%-də mərkəzi, qalan 15%-də isə kombinasiya olunmuş defektlərə təsadüf edilir (11).

Çanaq fassiyasında defektin olmasını və onun lokalizasiyasını vaginal müayinə zamanı təyin etmək mümkündür. Elə ki, uşaqlıq yolunun sallanmış ön (ventral) divarının iç tərəfində qırışların olmaması, selikli qişanın hamar olması və nazıqlaşması fassiyanın mərkəzi defektli (orta xətt boyu) haqqında təsəvvür yaradır. Bu tip sistosele *gərilmiş sistoselesi* adlanır (15). Sistosele zamanı uşaqlıq yolunun ön divarı üzərində qırışların saxlanması çanaq fassiyasının yan (paravaqinal) defektinin əlamətləridir. Bu halda uşaqlıq yolunun ön və yan divarı arasındakı şırım qalınlaşır və şişmiş kimi görünür. Bu tip sistosele isə *uerdəyişmə sistoselesi* adlanır (16). Yan (lateral) saxlayıcı strukturlar intakt olduqda çanaq dibi əzələlərinin təqəllüsü ilə uşaqlıq yolunun ön divarı qalxır, əks təqdirdə isə bu müşahidə edilmir (7).

M.N. Şafir et al. (1999) sidiklik dibinin sallanması zamanı onun uşaqlıq yolundakı səviyyəsinə görə sistoselenin 4 dərəcəsini ayırd edir. Müəlliflərə görə sidiklik dibinin uşaqlıq yolu dəhlizindən aşağıda yerləşməsi sistoselenin 4-cü dərəcəsinə uyğundur. Bu təsnifat «VCURP» (vaqino-sisto-uretro-rekto prolaps) təsnifatına çox oxşayır (5). Həmin təsnifata görə:

C₀ - sidikliyin əsasının sallanması yoxdur.

C₁ - sidikliyin əsası gərginlik zamanı uşaqlıq yolunun proksimal hissəsinə qədər düşür.

C₂ - sidikliyin əsası gərginlik zamanı uşaqlıq yolunun orta səviyyəsinə qədər düşür.

C₃ - sidikliyin əsası gərginlik zamanı uşaqlıq yolunun dəhlizinə qədər düşür.

C₄ - sidikliyin əsası sakit vəziyyətdə uşaqlıq yolunun dəhlizinə qədər düşür.

Sistoselenin cərrahi müalicəsinin tarixi qədimdir. J. Rissi «*The cystocele in Amerika*» kitabında göstərir ki, sistoselenin korreksiyasına görə ilk əməliyyatı J. De' Lamballe icra etmişdir (19). 1913-cü ildə H. Kelly fiziki gərginlik zamanı sidiiyin saxlanmazlığına dair işlərini çap edərək ön kolporrafiya əməliyyatının (sidiklik boynun plikasiyası) təsvirini vermişdir. Müəllif uşaqlıq yolunun ön divarını uretranın oxu boyu sidikliyin boynuna qədər açaraq parauretral toxumaları ipək saplarla döşək tikilşləri ilə tikmişdir.

Sonralar W. Kennadi (1937), daha sonra isə R. Bennett (1969) uretranın daraldılması və fiksasiyası üçün öz metodlarını təklif etmişlər (11). Bu metodlar uretro-vezikal seqmentin qasıqarxası sahədə fiksasiyasına xidmət etməsi ilə ön kolporrafiyadan

fərqlənmişdir. Ingleman- Sundberg (1946) bu məqsədlə qasıq-büzdüm əzələsindən istifadə etməyi təklif etmişdir. Lakin uroqinekoloji praktikada sistoseleinn cərrahi müalicəsində bu gün də geniş istifadə edilən ənənəvi ön kolporrafiya (Kelli əməliyyatı) və onun modifikasiyalarının stress inkontinensiyasının əsas patogenetik amili sayılan hipermobil veziko- uretral seqmentin lazımı səviyyədə fiksasiya etmək imkanları məhduddur (13).

Stress inkontinensiyası ilə müşayiət olunan sistoselenin xəstələrin cərrahi müalicəsində qasıqarxası əməliyyatlar mühüm dönüş yaratmışdır. İlk dəfə V.Marshall, A. Marchetti və K. Krantz (1949) stress inkontinensiyanın cərrahi müalicəsi zamanı «ənbil» prinsipini seçmiş və qasıqüstü girişlə sidiklik boynun hər iki tərəfində uşaqlıq yolunun ön divarına qoyulmuş fiksəedici sapları qasıq sümüklerinin sümüküstlüyünə təsbit etməyi (retrosimfizər uretrovezikal suspensiya) təklif etmişlər. Bununla da müəlliflər Kelli əməliyyatından fərqli olaraq –uretro-vezikal seqmentin etibarlı fiksasiyası və sistouretroselenin korreksiyası üçün real imkanlar yaratmışlar(4, 7). Lakin bu üsul vezikosistoptoz 2 sm-dən az olduqda səmərəli nəticə (59%) vermişdir (12).

Sonralar J. Burç (1961) sidikliyin sallanmış boynunu qaldırmaq üçün paravaqinal toxumaları və uşaqlıq yolunun yan təğlarını qasıq simfizinə deyil, həmin tərəfdə qalça- daraq (*Kuper*) bağına-lig. *Iliopectineum* tikməyi təklif etmişdir. Son illərə qədər Marshall-Marchetti-Krantz üsulu ilə veziko-uretral suspensiya və Börçə görə kolposuspensiya operasiyası birincili və residiv stress inkontinensiyasının cərrahi müalicəsində «qızıl standart» olmuşdur (2). Lakin çox saylı kliniki müşahidələr göstərmişdir ki, böyük sistoseleni ləğv etmək üçün Börç operasiyası ilə sidiklik boynun hipersuspensiyası (uşaqlıq yolunun ön divarının çox qaldırılması) əməliyyatdan sonrakı dövrdə bir sıra ağırlaşmalara - kəskin sidik ləngiməsinə və çanaq dibi əzələlərinin çatmazlığına səbəb olur. Ağır hallarda rektosele və enterosele inkişaf edir (6, 14, 21). Qasıqarxası kolposuspensiyadan sonra sidiyin ləngiməsi 15-20 %, enterosele 7-6 % təsadüf edilir. Bundan əlavə uşaqlıq yolunun hipersuspensiyası onun qısalmasına, hissəvi deformasiyasına və cinsi fəaliyyətin pozulmasına səbəb olur (21).

Çanaq dibinin funksional pozğunluqlarının öyrənilməsinə dair müasir tədqiqatlar göstərir ki sistosele qasıq-boynun fassiyasının defektləri ilə bağlı olduqda retrosimfizər kolposuspensiya əməliyyatları uğursuz olur yaxud qısa müddətli effekt verir. (10, 21). Bu hala 15% xəstələrdə təsadüf edilir. Son kliniki təcrübələr göstərir ki, çanaq fassiyasının defektləri vaqinal və paravaqinal rekonstruksiya yolu ilə ləğv olunması daha səmərəli nəticələr verir (24). Lakin reproduksiya dövrünü yaşayan və doğmaq arzusu olan qadınlarda vaqinal kolpoplastika arzu edilməzdir (8).

Ədəbiyyatda stress inkontinensiyası olan xəstələrin operativ müalicəsi zamanı artan qarındaxılı təzyiqin dolmuş sidikliyə təsirini azaltmaq üçün sidiklik boynunun qarının ön divarına tikilməsi haqqında məlumatlar vardır. Bu əməliyyatların həm də vezikoptozun profilaktikası üçün aparılması göstərilir. (3,10). Lakin, geyd etmək lazımdır ki, bu zaman fiksasiyaedici tikişlər sidikliyin boynuna və ya ön divarına

qoyulduğundan sidikliyin lateral bağ aparatının (əsasən veziko-pelviakal və uretro-pelviakal) möhkəmlənməsinə xidmət etmədiyindən sistosele zamanı lateral defektin aradan qaldırır. Belə hallarda sistoseleni ləğv etmək üçün uroloq (uroqinekoloq) əməliyyatın vaqinal mərhələsini icra etmək məcburiyyətində qalır.

Yuxarıdakıları nəzərə alaraq cavan qadınlarda tərəfimizdən sistosele stress inkontinensiyası ilə müşayiət edilən klassik kolposuspensiya əməliyyatını *sidikliyin yan divarlarının ventrofiksasiyası* ilə bərabər aparmağı təklif etmişik. Bu zaman subut olunmuş «sidikliyin konfigurasiyasının dəyişməsi ilə urodinimika pozulmur» prinsipi əsas götürülmüşdür (sitat A.S. Pereverzevindir, 2000). Təklif etdiyimiz üsul McCure və Blaivas (1988) təsnifatı ilə sidik saxlanmazlığının III tipinin müalicəsində tətbiq etmək məsləhət görülür.

Material və metodlar.

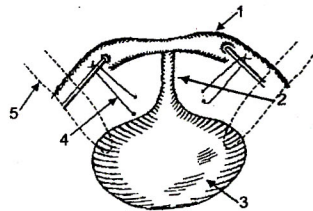
Tədqiqat qrupuna son 5 il ərzində (1996-2003) Tibb Universitetinin Uroloji klinikasında və M.Mirqasımov adına Respublika klinik xəstəxanasının qinekoloji şöbəsində uşaqlıq yolunun ön divarının sallanması ilə operasiya olunmuş 112 xəstə daxil edilmişdir. Xəstələrin yaşı 21- 65 (orta yaş) olmuşdur. Onlardan 21 xəstədə uşaqlıq yolunun I dərəcəli, 34 qadında - II dərəcəli, 56 nəfərdə isə III dərəcəli sallanma müşahidə edilmişdir. Uşaqlıq yolunun III dərəcəli sallanması qeyd edilən 8 qadında ön enterosele qeyd olunmuşdur. 112 xəstədən 88 –də uşaqlıq yolunun ön divarının sallanması siyimə aktının pozulması ilə müşahidə olunmamışdır (I qrup). Bu xəstələrə qinekoloq tərəfindən *klassik kolporrafiya əməliyyatı aparılmışdır* (qinekoloji xəstə kimi). 24 xəstədə isə sistosele yanaşı olaraq stress inkontinensiyası ilə müşayiət olunmuşdur (II qrup). Sonrakı müayinələr bu xəstələrdən 11 nəfərdə sistosele ilə bərabər uretroselenin olmasını təsdiq etmişdir.

Bu qadınlardan 4 nəfərdə II (C2), 7-xəstədə III (C3), 3 qadında isə IV dərəcə (C4) sistosele qeyd edilmişdir. Sidiyin saxlanmamasına görə xəstələrin qruplaşdırılması E.J. McGure və Blaivas təsnifatına görə, rentgenoloji , USM-si və urodinamik müayinələrə əsasən aparılmışdır. Bu payda ilə 12 xəstədə II a tip, 9 -də II b tip, 3-də isə III tip sidik saxlanmazlığı qeyd olunmuşdur.

Sistoselenin (3 nəfər) ləğvi sidiklik boynun plikasiyası (Kelli əməliyyatı), uretrsistoselenin korreksiyası 5 nəfərdə Marshall- Marchetti –Krantz, 3 qadında isə Börç operasiyası ilə aparılmışdır. Reproduktiv yaşda olan və doğmaq arzusu olan 3 qadında xəstəliyin cərrahi müalicəsi məxsusi üsulla icra edilmişdir.

Təklif etdiyimiz əməliyyat 2 mərhələdə aparılır. Birinci mərhələdə klassik retropubikal kolposuspensiya – Börç əməliyyatı icra edilir. Elə ki aşağı orta kəsiklə qarının ön divarı acılır, retrosimfizər (Retsi) sahəsi aşkar edilir . Paravaginal toxumalar və uşaqlıq yolunun yan təğləri həmin tərəfdə çanağın divarına –qalça daraq bağına təsbit edilir. Beləliklə sidikliyin boynu etibarlı şəkildə qalça daraq bağına bağlanır.

İkinci mərhələdə (bizim şəxsi üsul) sidikliyin yan divarları nisbətən mobilizə edilir. Prolen (№ 0) sapla sidikliyin yan divarına selikli qışanı keçməmək şərti ilə П-vari tikişlər qoyulur. Sapın ucları yaranın bir tərəfindən bir-birindən 1 -1,5 məsafədə aponevrozun səthinə çıxarılır və bağlanılır. Eyni prosedura qarşı tərəfdə də icra edilir. Nəticədə sidikliyin yan divarları qarın ön divarına yaxınlaşır, sidiklik və uretranın normal anatomo-topoqrafik münasibətləri bərpa edilir (şəkil 2). Beləliklə, hətta ifadəli sistosele zamanı həm mərkəzi, həm də lateral defektlər korreksiya edilir. Sidiklik anatomik vəziyyətini bərpa edərək, artan qarındaxili təzyiqi dəf edən biləşək hidrodinamik zonasına qaydır.



Şəkil 2. Operasiya Burch + Bilateral vezikoveñtrofiksasiya (məxsusi modifikasiya)

1. Simfiz; 2. Uretra; 3. Sidiklik; 4. parauretrosuspenziyanı təmin edən tikişlər. 5. Sidikliyin yan divarlarının suspenziyasını təmin edən tikişlər.

Böyük sistoselesi olan 3 xəstədə tətbiq olunmuş məxsusi üsul- bilateral vezikoveñtrofiksasiyanın nəticələri qənaətbəxşdir. Xəstələrin müşahidə müddəti 6-14 ay müddəti əhatə edir. Xəstələrdə siyimə aktı normaldır, uşaqlıq yolunun müayinəsi rentgenoloji və USM-si zamanı uretero-vezikal bucağın və uşaqlıq yolunun residiv sallanması qeyd edilmir.

Nəticələr.

Kliniki təcrübələr sübut edir ki, stress inkontinensiyası ilə müşayiət olunan sistoureteroselenin korreksiyası zamanı bu və ya digər əməliyyatın tətbiq olunması məsələsi çətin məsələdir. Bu xəstənin əməliyyat önlü mərhələdə hərtərəfli uroloji və qinekoloji müayinəsini tələb edir. Ön kollarporrafiyanın xəstəliyin ilk operativ müalicə üsulu kimi effektivliyi aşağıdır. Bu metodu yaşlı qadınlarda və çox ifadəli olmayan stress inkontinensiyasının müalicəsi zamanı tətbiq etmək məsləhətdir. Bu zaman əsas diqqət uretrovezikal bucağın yuxarı qaldırılmasına yönəldilməlidir. Stress inkontinensiyasının II b tip və III tipinin korreksiyası zamanı uretrovezikal bucağın fiksasiyasını təmin edən kombine olunmuş qasıqüstü əməliyyatlar və iynəli suspenziya

metodları yüksək klinik effekt verir. Çoxsaylı klinik tədqiqatlar, obyektiv və subyektiv kriteriyalar əsas verir ki, vezikouretral bucağın iynəli suspenziya üsullarının effektivliyi qasıqüstü əməliyyatlardan aşağıdır. Çanaq fassiyasının köndələn (paravaqinal) defektləri adekvat olaraq paravaqinal rekonstruksiya yolu ilə aradan qaldırılır. Fikrimizcə reproduktiv funksiyası saxlanmış və doğmaq arzusu olan qadınlarda sistoselenin operativ müalicəsi üçün tətbiq etdiyimiz qasıqüstü uretropeksiya və sidikliyin yan divarlarının ventrofiksasiyası üsulu perspektivli əməliyyatdır. Təsvir olunmuş üsulla az təcrübə bu üsulun effektiv olması haqqında ilkin etibarlı zəmin yaradır.

РЕЗЮМЕ

ОПЕРАТИВНЫЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ЦИСТО-УРЕТРОЦЕЛЕ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ СО СТРЕССОВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ У ЖЕНЩИН

А.А.Бахышов

Азербайджанский Медицинский Университет
Урологическая клиника

Настоящее исследование посвящено анализу оперативных способов коррекции цисто-уретроцеле и пути их совершенствования.

В основу работы положены материалы результатов лечения 112 женщин с различной степенью опущения передней стенки влагалища, оперированных с 1996- по 2003 гг. Возраст больных от 21 до 65 (средний возраст 34). Из 112 женщин пролабс гениталий I степени отмечен у 21, II степени - у 34, III степени - у 56. У 88 из 112 больных опущение различной степени не сопровождалось нарушением мочеиспускания (I группа). Им произведена классическая кольпоррафия с участием гинеколога. У 24 больных опущение влагалища III степени цистоцеле сопровождалось со стрессовой инконтиненцией (II группа). При дальнейших исследованиях у 11 из этих женщин, наряду с цистоцеле, выявлено уретроцеле. У 5 из этих больных коррекция цисто-уретроцеле произведена по Marshal - Marchetti - Krantz, у 3 - по Burch. А 3 женщинам в репродуктивном возрасте и желающим стать матерями, реконструкция цисто-уретроцеле произведена по собственной методике, которая названа нами - билатеральная вентрофиксация мочевого пузыря.

Результаты всех оперативных вмешательств показывают, что эффективность передней кольпоррафии у больных с цисто-уретроцеле, сопровождающиеся со стрессовым недержанием мочи, низкая. Позадилонные способы уретровезиколекции (по Marshal - Marchetti - Krantz и Burch) дают хорошие результаты. Опыт по собственной методике эффективен у женщин в репродуктивном возрасте, желающим стать матерями.

ƏDƏBİYYAT

1. Abdullayev K.İ., T.R. Əkbərov, Abdullaeva N.K. və b. Təsərrüfat hesablırespublika Uroloji xəstəxananın 15 illik yubileyi. Elmi işlər toplusu. Bakı, «Kitab Aləmi» nəş., 2004.
2. Baxışov Ə.A. Qadınlarda fiziki gərginlik zamanı sidik saxlanmazlığının cərahi müalicəsində qasıqüstü operasiyalar. Az.tibb jurnalı, 2004, № 3, s. 8-11.
3. Байков Н.Н., Тихане Х.М. Оперативное лечение недержания мочи при напряжении у женщин. Урол.и нефрол., 1983. № 1, 33-36.
4. Кремлинг Х., Лутцаер Р., Хайпц Р. Гинекологическая урология и нефрология. М. Медицина. 1985.
5. Переверзев А.С. Клиническая урогинекология. Харьков «Факт», 2000;
6. Хирш Х.А., Кезар О., Икле А.Ф. Оперативная гинекология. М «ГЭОТАР-МЕД», 2001.
7. Baden W. F. Walker T. Surgical Repair of Vaginal Defects. Philadelphia: Lippincott.1992. 51.
8. Dargent D., Mellier G., Valentin B. Resultat du traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort par les techniques de Marshall-Marchetti-Burch. Acta urol.belg. 1984, 52, № 2, 294-301.
9. De Lancey J.O.L. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am. J.Obstet.Gynecol.; 1992, vol.166, p. 1717-1728.
10. Halusa O. Zur Behandlung der stressinkontinenz der Frau. Z.Urol.,1976, 69,№ 6, 417-420.
11. Hurt G.W. Urogynecologic Surgery. Lippincott Williams & Wilkins 2000.
12. Langer R., Ron-El R.E, Neuman M. et al. The value of simultaneous hysterectomy during Burch colposuspension for urinary stress incontinence. Obstet. Gynecol.; 1988, vol. 72, p.866-869.
13. Lose G., Jorgensen I., Mortensen S.O. et al. Voiding difficulties after colposuspension./ Obstet. Gynecol; 1987, vol.69, p.33-38.
14. Mainprize T.C., Drutz H.P. The Marshall-Marchetti-Krantz procedure: a critical review.; Obstet. Gynecol. Surv.,1988, vol.43, p.724-729.
15. Nichols D.H., Randal C.L. Vaginal Surgery. 3 rd. ed. Baltimore. Williams& Wilkins; 1989, 239.
16. Nichols D.H., Cystocele. In. Nichols D.H., ed.Ginecologik and Obstetrik Surgery. St. Louis: Masby; 1993, 334.
17. Richardson A.C., Lyon J.B., Williams N.L. A new look at pelvic relaxation. /Am. J. Obstet. Gynecol. 1976, vol.126, p.568-573.
18. Richardson A.C. Female pelvic floor support defects. /Int.Urogynecol. J., 1996, vol.7, p. 241.
19. Rissi J.V. The Cystocele in America. Philodelfia: Blakiston, 1950.
20. Safir M.N., Gousse A.E. Rovner E.S. et al. 4 -defect repair of grade 4 cystocele /J. Urol., 1999, v. 161. P. 587-594.

21. Stanton S.L. The Burch kolposuspension prosedure./ Acta urol. belg. 1984, 52, № 2, 280-282.
22. Vanwelkenhuyzen P., Edrich M., Delennoy J. La valeur de L'operation de Marchall-Marchetti dans be traitement de l'incontinence vezikale feminine. /Acta urol. belg. 1984, 52, №2, 291-296.
23. Weber A.M., Walters M.D. Anterior Vaginal prolaps: review of anatomy and technigues of surgical repair. / Obstet. Gynecol., 1997; vol. 89, p.311-318.
24. Youngblood J.P. Paravaginal fascial defect repair for SUI. /Contemp.Obstet. Cynekol. , 1990, vol 35, p. 28-38.